

La Salpingectomie rétrograde sous-séreuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 22 Novembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BARONI

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Ancien Externe des Hôpitaux*

Né le 27 Février 1904 à TOULON (Var).



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1928

LA SALPINGECTOMIE RÉTROGRADE SOUS-SÉREUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 34

La Salpingectomie rétrograde sous-séreuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Novembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BARONI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 27 Février 1904 à TOULON (Var)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1928

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNEQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FREMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEUJER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédentique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

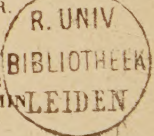
MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; BONNET, assesseur;
SANTY et WERTHEIMER Ph., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais les sacrifices
qu'ils ont faits pour moi. Je leur offre
ce travail, faible témoignage de mon
amour filial.

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous avons été son externe. Nous le remercions bien vivement ici de son enseignement, de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce sujet de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABRY

Chef de la Clinique Gynécologique

Il nous a guidé constamment de ses précieux conseils dans la rédaction de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'expressoin de notre vive gratitude.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat provisoire :

M. LE DOCTEUR VIGNARD.

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.

Externat :

M. LE PROFESSEUR TIXIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY.

M. LE DOCTEUR GOYET.

M. LE PROFESSEUR VILLARD.

M. LE DOCTEUR GARDERE.

M. LE PROFESSEUR PIC.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant-propos

La chirurgie conservatrice annexielle est actuellement à l'ordre du jour et deux récents congrès en ont précisé les méthodes et les résultats : en se basant sur de bons résultats éloignés, en formulant des indications plus précises, les rapporteurs ont conclu avec optimisme.

Il est certain que les chirurgiens actuels sont mieux armés que leurs devanciers pour cette chirurgie conservatrice annexielle qui nécessite évidemment une asepsie parfaite.

D'autre part, les procédés chirurgicaux nouveaux se basent de plus en plus sur des données anatomiques et physiologiques précises.

« En effet les travaux des physiologistes précisant les fonctions des organes, de nouvelles méthodes d'exploration clinique, enfin une technique chirurgicale enrichie de nouveaux procédés ont permis ces progrès. »

A ce dernier point de vue, notre Maître, M. le Professeur VILLARD, en présentant au Congrès de Gynécologie de Lyon 1927 les résultats éloignés de la chi-

rurgie conservatrice dans les annexites bilatérales opérées à la clinique gynécologique de Lyon, a insisté sur un procédé opératoire nouveau qu'il a décrit par ailleurs avec son chef de clinique M. le Docteur LABRY : « De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse ». Terminant notre scolarité et ayant eu l'honneur d'être externe de la Clinique gynécologique de M. le Professeur VILLARD nous avons pu voir ainsi opérer plusieurs malades que nous avons ensuite pansées et suivies. M. le Professeur VILLARD a bien voulu nous confier ce sujet de thèse, nous le remercions vivement de sa bienveillance à notre égard.

M. le Docteur LABRY, chef de Clinique gynécologique, nous a constamment guidé au cours de la rédaction de ce travail, il a été autrefois notre conférencier; qu'il veuille bien également être assuré de notre vive gratitude.

Nous tenons à remercier aussi la direction de la revue « Gynécologie et Obstétrique », ainsi que MM. Masson, éditeurs à Paris, d'avoir bien voulu nous prêter les clichés qui ont servi à l'illustration de notre thèse.

Introduction

L'ablation d'une trompe malade comporte, selon le procédé classique, la mise en place sur le méso-tubaire d'une pince et d'autre part l'amputation de la trompe au niveau de la corne utérine avec ou non l'ablation de son trajet interstitiel; la ligature du méso-tubaire est ensuite faite en masse.

Lorsque l'on veut en même temps conserver l'ovaire du même côté, la pince est placée en deçà de l'ovaire et plus près de la trompe, mais, tout au moins d'une façon générale et classique, avec la même simplicité de manœuvre. D'autre part, lorsqu'une annexe adhérente plonge dans le pelvis, cette salpingectomie classique nécessite sa libération et son extériorisation préalable, manœuvre souvent traumatisante. En outre les dégénérescences kystiques des ovaires conservés sont bien souvent dues, selon Tuffier, Hartmann, Lecène, à une irrigation défectueuse de l'ovaire, de sorte qu'il semble nécessaire que la trompe soit enlevée par une manœuvre délicate, sans intéresser la vascularisation de l'ovaire que l'on désire conserver.

C'est donc en partie pour cette raison que la salpin-

gectomie rétrograde sous-séreuse a été utilisée et elle nous apparaît, ainsi que nous le verrons plus loin, comme une opération anatomique logique présentant de multiples avantages en chirurgie conservatrice an-
nœxielle.

Nous étudierons donc successivement la salpingectomie rétrograde sous-séreuse selon le plan suivant :

- 1° Rappel anatomique et anatomo-pathologique;
 - 2° Technique opératoire de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse;
 - 3° Indications de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse;
 - 4° Observations et conclusions.
-

Rappel anatomique

La salpingectomie rétrograde sous-séreuse est basée sur les notions anatomiques suivantes :

1° *La trompe*

Nous rappellerons brièvement qu'après une courte portion interstitielle qui traverse la paroi utérine au niveau de la corne, la trompe se dégage et accomplit son trajet isthmique et ampullaire avant de venir s'ouvrir en formant son pavillon, en plein péritoine. Pendant tout ce trajet, elle est recouverte parfaitement par le péritoine viscéral qui forme le méso-salpinx, établissant ainsi une sorte de voile séparant latéralement le cavum pré-utérin du cavum rétro-utérin et constituant ainsi l'aileron moyen du ligament large. Ce n'est qu'au niveau du pavillon que la trompe apparaît libre, non recouverte de péritoine et s'ouvrant en pleine cavité péritonéale.

Durant tout ce trajet la trompe est irriguée par de petites artérioles tubaires qui montent dans le méso

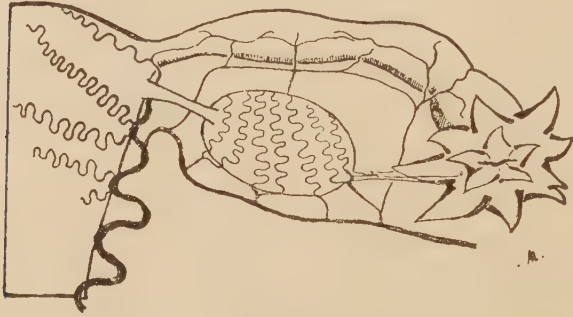


FIGURE 1.

pour l'aborder à peu près perpendiculairement et qui proviennent de l'arcade tubo-ovarique sous-jacente (*cf.* fig. 1).

2° *L'ovaire*

Nous rappellerons que l'ovaire est fixé à l'utérus par le ligament utéro-ovarien d'une part, et à la trompe d'autre part, par la frange tubo-ovarique qui, très probablement, joue un rôle actif pour le transport de l'ovule dans le conduit tubaire.

Mais ce qui nous importe ici c'est essentiellement l'irrigation ovarienne.

L'artère ovarienne, branche de l'aorte, aborde l'ovaire par son extrémité externe et lui fournit de suite de nombreuses branches nourricières.

Elle fournit, en outre, quelques artérioles tubaires, puis, formant une arcade transversale, se dirigeant

de dehors en dedans, elle vient s'anastomoser à plein canal avec la terminaison de l'artère utérine.

Il est difficile de préciser quel est le débit sanguin de cette arcade anastomotique :

Si beaucoup d'auteurs au point de vue de l'irrigation de l'ovaire accordent la prépondérance à l'artère ovarienne, par contre les recherches anatomiques classiques de Weber, de Brœckaert, donnent des résultats contraires : « L'artère utérine se distribue à l'utérus et ses annexes tandis que l'ovarienne n'est qu'une branche très grêle qui se rend à l'extrémité externe de l'ovaire sans aller au delà. »

Les ouvrages classiques dégagent de ces discussions en général une opinion intermédiaire. D'ailleurs, il est bien certain que de très grandes variétés individuelles existent et que, d'autre part, en cas de lésions pathologiques, des modifications dans l'irrigation ovarienne peuvent se produire.

Néanmoins cette arcade utéro-ovarienne nous paraît capitale d'autant plus qu'avec elle cheminent très vraisemblablement un réseau lymphatique et de fins conduits nerveux, de sorte qu'au point de vue nutrition de l'ovaire, la ménager, nous apparaît un acte de prudence évident.

3° *Rappel anatomo-pathologique*

Très fréquents ont été les cas de dégénérescence secondaire ovarienne alors que, dans le but de ménager la sécrétion interne de cette glande on conservait un ovaire après hystérectomie. Cette manœuvre est jugée

aujourd'hui inutile et dangereuse (Graves, *Surg. Gyn. and Obst.*, sept. 1917; et surtout Max Cheval et Rouffart, *Société belge Gyn. et Obst.*, 1921). Par contre la conservation ovarienne en chirurgie conservatrice annexielle est toujours très utilisée, soit dans le but très rare de permettre encore une fécondation possible (opération croisée : trompe saine d'un côté, ovaire sain de l'autre), soit le plus souvent dans le but de conserver la menstruation. Or il est indéniable qu'en



FIGURE 2. — Dégénérescence ovarienne et endométrite ayant nécessité une hystérectomie après une intervention conservatrice.

ce dernier cas des dégénérescences secondaires de l'ovaire ont également été notées. Nous reproduisons à ce sujet (c/. fig. 2) un cliché déjà publié in Th. Labry

(Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales, *Th.* Lyon, 1926).

Tuffier, Hartmann, Lecène ont insisté à ce propos sur la très grande importance qu'il y a à assurer une bonne vascularisation à l'ovaire conservé.

Notre Maître, M. le Professeur Villard, partage entièrement cette opinion et c'est pour éviter ces accidents et basée sur les données anatomiques précédentes qu'il a proposé, avec son chef de clinique, M. le Docteur Labry, la salpingectomie rétrograde sous-séreuse.

Technique opératoire de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse

Lorsqu'après laparotomie, le bilan minutieux des lésions annexielles a été fait par le chirurgien et lorsque l'ablation de la trompe est décidée, que, comme dans toute opération de ce genre, un écarteur abdominal type Ricard est bien placé, des compresses abdominales sont disposées méthodiquement sous les valves pour bien isoler la cavité péritonéale, dès lors, l'invertention comprend les temps schématiques suivants :

Premier temps.

On pratique sur la corne utérine une entaille cunéiforme libérant la portion tubaire interstitielle laquelle est aussitôt amarrée avec une petite pince de Museux et relevée en haut. Très souvent, une petite artériole de la corne utérine saigne; elle sera liée isolément ou bloquée par un fil en U au catgùtt qui répare en même temps la petite brèche utérine,

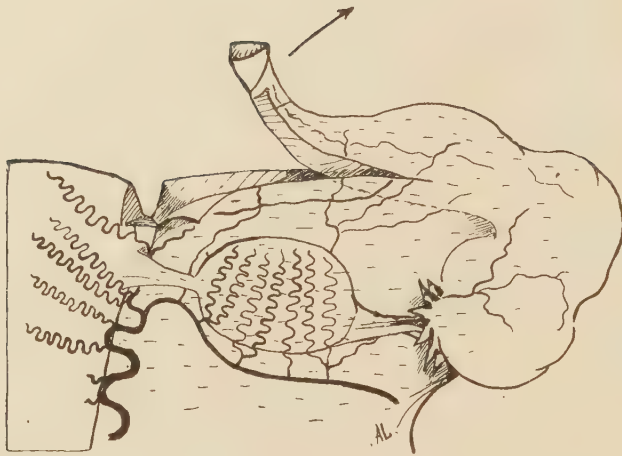


FIGURE 3.

Deuxième temps : capital.

En allant de dedans en dehors, deux incisions parallèles et uniquement péritonéales sont tracées sur les bords antérieur et postérieur de la trompe jusqu'à hauteur de l'ampoule tubaire (cf. fig. 3).

Troisième temps.

On décolle en rétrograde et méthodiquement la trompe qui, dégagée de son méso-salpinx, s'exteriorise très facilement. Avec un tampon monté sur une pince, on clive petit à petit la partie inférieure de la trompe et l'on pince, au fur et à mesure, une ou deux petites artérioles tubaires ascendantes qui proviennent de l'arcade tubo-ovarienne.

Quatrième temps.

La trompe est ainsi libérée sur les trois quarts de son étendue jusqu'au niveau de son ampoule. Or au

niveau du pavillon elle devient intra-péritonéale; il faut alors étirer le pédicule tubo-ovarien, le prendre



FIGURE 4.

en masse par une pince placée au ras du pavillon et le sectionner, cette dernière manœuvre permettant ainsi de « cueillir la trompe entièrement dégagée » (cf. fig. 4).

Cinquième temps : temps complémentaire.

Il comprend :

a) La fermeture de la brèche utérine par un point en U au catgutt si elle n'a pas déjà été réalisée dans un but hémostatique.

b) La reconstitution du ligament large au moyen d'un petit surjet qui suture les deux faces du mésosalpinx, de sorte que, l'opération terminée, le pelvis

reprend son aspect normal avec l'ovaire conservé reposant sur le péritoine reconstitué (cf. fig. 5).

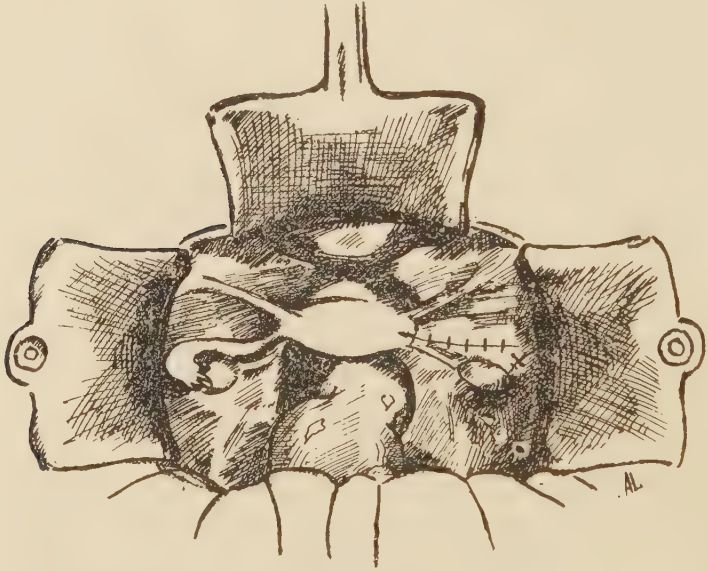


FIGURE 5.

Ainsi la salpingectomie rétrograde sous-séreuse présente une technique précise, anatomique, bien réglée. Nous reconnaissons cependant que son titre est un léger abus de langage puisque la trompe n'est pas sous-péritonéale dans sa partie terminale et puisque seule, la demi-circonférence inférieure du conduit tubaire est énucléée du lit séreux ligamentaire.

Mais, fait essentiel, elle répond à deux desiderata :

1^o Elle permet la conservation d'une vascularisation normale de l'ovaire;

2^o Elle permet une reconstitution péritonéale parfaite du ligament large.

Indications de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse

A l'heure actuelle où la chirurgie annexielle a tendance à devenir de plus en plus conservatrice le procédé que nous décrivons doit avoir, selon nous, des indications assez importantes.

La salpingectomie rétrograde sous-séreuse présente en effet les avantages suivants : Elle ménage l'arcade tubo-ovarienne, elle permet l'enfouissement des moignons de ligature et la reconstitution parfaite du ligament large; elle laisse ainsi l'ovaire conservé dans une situation anatomique normale avec son irrigation complète et elle ne compromet pas la statique utérine. Voici ses principales indications en chirurgie conservatrice annexielle.

1° *Conservation ovarienne en vue de maintenir la menstruation*

Si l'état des lésions annexielles est tel que la conservation ovarienne totale ou partielle puisse être envi-

sagée chez une femme jeune, l'ablation tubaire doit être pratiquée à notre avis par une salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Outre les avantages précédemment énoncés, ce procédé nous apparaît également bien moins traumatisant que la salpingectomie habituelle; les manœuvres brutales que nécessite l'arrachement préalable des annexes adhérentes n'existent plus. La trompe est dégagée de proche en proche et l'ovaire conservé garde intacte son irrigation sans être traumatisé.

2° Facilité de libération et d'ablation de certaines salpingites adhérentes

La salpingectomie rétrograde sous-séreuse apparaît encore recommandable dans certaines salpingites très adhérentes, difficilement libérables : c'est ainsi qu'une annexite bilatérale basse, plongeant dans le Douglas, est souvent très difficile à extérioriser; la manœuvre peut être pénible, brutale, par le procédé habituel au point de risquer de blesser une anse intestinale ou de faire éclater dans le pelvis une trompe dont le contenu peut être purulent.

Le procédé que nous proposons peut être très utile dans ces sortes d'interventions.

Le fond utérin demeure un repère précis : on a dit qu'il était « l'étoile polaire du chirurgien ». En partant de la corne utérine ainsi découverte la salpingectomie rétrograde sous-séreuse permet une libéra-

tion tubaire progressive et un étalement des lésions annexielles de dedans en dehors.

En somme ce procédé présente des avantages analogues à l'hémi-section utérine décrite par J.-L. Faure.

Même dans des cas à pelvis paraissant bloqué, son exécution est souvent d'une facilité surprenante, presque anormale (cf. nos observations). En outre, par cette technique, la libération prudente de la trompe peut permettre la découverte d'un ovaire sous-jacent conservable et non traumatisé par la manœuvre chirurgicale.

3° *La salpingectomie rétrograde sous-séreuse dans les grossesses tubaires*

Là encore, l'ablation tubaire avec le minimum de traumatisme étant parfaitement recommandable, ce procédé nous apparaît très intéressant.

MM. Labry et Montel (*in Lyon Médical*), ont insisté sur la chirurgie conservatrice dans les grossesses tubaires et ont déjà prôné la salpingectomie rétrograde sous-séreuse en cas de conservation ovarienne. Nous rapportons dans notre thèse quelques observations à ce sujet.

Il est bien évident qu'en cas d'inondation péritonéale, lorsqu'il faut « aller vite » dans un but hémostatique, placer une pince aussitôt sur le méso-tubaire, reste l'acte logique; mais lorsqu'il s'agit d'une trompe seulement fissurée ou en voie d'avortement tubaire et qu'on a le temps devant soi, il nous semble que

la salpingectomie rétrograde sous-séreuse permet mieux, en ces cas l'ablation correcte de la trompe malade et la conservation ovarienne si elle est jugée nécessaire.

Les indications de cette opération pourront sans doute s'étendre et se préciser encore, mais en analysant les observations de la Clinique gynécologique, nous avons cru pouvoir déjà classer les indications de cette intervention suivant les trois paragraphes précédents.

Observations

Nous avons rassemblé 30 observations de salpingectomie rétrograde opérées à la Clinique gynécologique de Lyon par M. le Professeur Villard et ses chefs de clinique, MM. les Docteurs Michon et Labry.

Nous les avons classées en trois groupes selon l'indication opératoire et nous avons chaque fois relevé entièrement le compte rendu opératoire dicté au cours de l'opération.

Au point de vue des résultats immédiats nous n'avons relevé qu'un échec certain (obs. 8).

Dans 6 observations, la déchirure tubaire au cours de la salpingectomie rétrograde a été notée. Il s'agit là d'un accident qui aurait pu, sans doute, être évité, mais que le procédé classique aurait rendu encore plus net car il s'agissait de trompes adhérentes à parois très fragiles et que l'extériorisation préalable aurait certainement fait éclater.

Dans tous les autres cas la salpingectomie rétrograde a été effectuée correctement et facilement et même dans deux observations (obs. 2, 25) il a été noté que l'intervention aurait été rendue très difficile sinon impossible par le procédé opératoire habituel.

Quant aux suites éloignées, ces interventions sont encore trop récentes pour qu'on puisse les apprécier : toutefois nous n'avons noté jusqu'ici aucune dégénérescence kystique des ovaires conservés chez les malades que nous avons pu revoir.

Observations

I

SALPINGECTOMIES RÉTROGRADES SOUS-SÉREUSES AVEC CONSERVATION OVARIENNE

OBSERVATION I

(In Thèse LABRY.)

Mme Sad..., 24 ans.

Début des accidents il y a quatre ans, antécédents blennorrhagiques certains.

Intervention le 19 février 1926.

Laparatomie médiane. On perçoit à gauche une masse kystique du volume du poing recouverte par la trompe. Adhérences de l'anse sigmoïde détachées avec prudence. Néanmoins, on fait une petite ouverture à la trompe par où s'échappe du pus. A gauche : salpingite oblitérante résiduelle. La trompe se présente sous la forme d'un cordon induré, sur lequel on essaie en vain de découvrir une lumière en vue d'une salpingostomie. On pratique alors l'ablation de la trompe *par décollement sous-séreux rétrograde*, afin de ménager l'irrigation de l'ovaire. Suture des feuillets du méso-ovaire laissés en place. A droite : grosses lésions

salpingées et kyste ovarique. Ablation des annexes en bloc avec conservation du ligament rond.

Revue en mai 1926.

Excellent état général, ne souffre plus, règles normales et régulières de quatre jours. Aucun trouble d'ordre psychique ou vaso-moteur, sens génésique normal.

OBSERVATION II

Mme Ber..., 30 ans.

Début des accidents il y a quinze jours par des douleurs abdominales et des métrorragies. Aucun passé génital.

Intervention le 6 juillet 1926.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le fond utérin apparaît soulevé par une grosse lésion annexielle gauche recouverte par une adhérence épiploïque. Section de cette adhérence,

La vérification des annexes droites montre une trompe fermée du volume d'un index, adhérente au fond du Douglas présentant dans sa portion isthmique deux nodules paraissant constitués par deux tuberculomes. On se décide à la conservation seule de l'ovaire droit sain et de l'utérus.

Ablation de la trompe droite en rétrograde; décollement sous-séreux très satisfaisant.

A gauche la trompe, très volumineuse, en cornemuse, de coloration ivoire dans ses parties périphériques, plonge au fond du Douglas qu'elle occupe. On l'enlève en bloc avec l'ovaire en rétrograde, assez facilement, sans la rompre. Seule, une adhérence colique et pariétale est assez difficile à libérer, mais on a l'impression nette que si l'on avait fait une salpingectomie non rétrograde, on aurait été obligé de rompre la collection.

Reconstitution du ligament large; les ligaments ronds ont été conservés.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION III

Mme Mass..., 35 ans.

Douleurs pelviennes.

Intervention le 26 août 1926.

Pfannenstiel. Adhérences lâches du bord de l'épiploon au fond utérin; adhérences de plusieurs anses grêles à l'annexe gauche. Péritonite plastique du Douglas, utérus porteur d'un petit fibrome intestinal et d'un fibrome sous-péritonéal et irrégulier de la face postérieure.

En raison de ces lésions multiples, on pratique une hystérectomie sub-totale, mais comme la malade est jeune, on fait une hystérectomie sub-totale haute avec conservation de l'ovaire gauche, la trompe gauche ayant été enlevée par salpingectomie rétrograde pour faciliter l'intervention.

Suites opératoires excellentes.

La malade quitte le service guérie, vingt jours après.

OBSERVATION IV

Mme Ben..., 30 ans.

Entre pour annexite bilatérale.

Intervention le 18 septembre 1926.

Pfannenstiel haut. L'utérus est couché sur une double lésion annexielle avec foyer de péritonite séreuse enkystée.

A droite : la trompe contient un pus laiteux qu'on assèche par aspiration.

A gauche : la trompe, plus petite, est fermée également. Tout le Douglas est en symphyse avec le colon pelvien; une anse grêle est fixée par sa pointe dans le fond du cul de sac : elle sera libérée à la fin de l'intervention avec quelques points de suture péritonéale au niveau de la zone de libération.

Double salpingectomie rétrograde sous-séreuse, avec conservation des deux ovaires. On termine par une ligamentopexie antérieure à la Willie.

Suites opératoires : excellentes.

Malade revue : en bon état. Menstruation normale.

OBSERVATION V

Mme Mar..., 27 ans.

Entre pour métrorragies.

Intervention le 29 septembre 1926.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le pelvis est occupé par deux grosses masses annexielles plus importantes à droite et refoulant l'utérus, petit, en avant.

Libération de quelques adhérences épiploïques et coliques.

Les annexes droites paraissant moins atteintes, on espère pouvoir les conserver.

Ablation en sous-séreuse rétrograde de la trompe droite énormément distendue en cornemuse remplissant par son fond tout le Douglas. Parois épaissies de coloration hémattique; l'ablation est très facile. Une fissuration laisse pourtant échapper une certaine quantité de sang ocreux. La vérification des annexes gauches devient alors facile, la trompe est saine, perméable.

A gauche : petit kyste ovarique du volume d'un œuf de poule ayant étalé l'ovaire. On parvient cependant, malgré sa rupture, à décortiquer la poche en laissant et en reconstituant une mince coque de tissu ovarien.

A gauche: on se décide à enlever le moignon d'ovaire également kystique. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

La malade part guérie le 20 octobre 1926.

OBSERVATION VI

Mme All..., 35 ans.

Entre pour malaises et fatigue générale.

Intervention le 1^{er} octobre 1926.

Pfannenstiël haut. Le cul de sac antérieur et latéral gauche est occupé par un volumineux hydro-salpinx adhérent au péritoine pariétal et au colon pelvien.

Les adhérences recouvrent le fond utérin en situation intermédiaire et qui ne peut être relevé.

Salpingite droite sans distension plongeant dans le bassin, le tout fortement immobilisé par des adhérences paraissant anciennes.

Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches en rétrograde sous-séreuse.

La conservation de la trompe droite doit être abandonnée; on l'enlève donc *en rétrograde sous-séreuse*.

Conservation de l'ovaire droit et de l'utérus. Suintement hémorragique assez abondant.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : normales. La malade part guérie.

OBSERVATION VII

Mme Bol..., 24 ans.

Entre pour douleurs pelviennes.

Intervention le 5 octobre 1926.

Pfannenstiël. Libération du colon sigmoïde qui bloque le Douglas en arrière. Les deux trompes sont fermées et forment avec les ovaires deux masses collées dans les gouttières latérales; la masse gauche est beaucoup plus volumineuse du fait d'un gros kyste inflammatoire de l'ovaire.

Ablation de l'annexe gauche en totalité, de la trompe droite en *rétrograde sous-séreuse*. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit. L'ovaire est annexé à la corne droite par un point de suture pour éviter sa chute dans le Douglas.

Suites opératoires normales, durée : seize jours.

Le 23 octobre 1926, la malade quitte le service en parfait état.

OBSERVATION VIII

Mme Ro..., 36 ans.

Entre pour douleurs abdominales et vomissements.

Salpingite à l'âge de 17 ans.

Intervention le 10 novembre 1926.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le pelvis est recouvert par une agglutination de l'anse sigmoïde au fond utérin. Cette adhérence facilement libérée découvre un double pyosalpinx rabattu en arrière de l'utérus et occupant tout le Douglas.

A gauche : *Salpingectomie rétrograde* sous-séreuse, assez facile dans les 4/5^e de la longueur de la trompe. Au moment de la libération du fond du Douglas, fissuration de la poche qui nécessite une terminaison rapide et une extraction. L'ovaire est laissé en place. Assèchement par aspiration.

A droite : on amorce également une sous-séreuse rétrograde mais au moment de détacher le pavillon de l'ovaire, ouverture d'une grosse collection suppurée ovarienne qui nécessite la résection complète des annexes de côté.

Après reconstitution du ligament large, assèchement et lavage à l'éther. Fermeture sans drainage.

21 novembre 1926. Evacuation d'un hématome de la paroi.

4 décembre 1926. La malade part bien rétablie, Revient se faire panser,

OBSERVATION IX

Mme Par..., 30 ans.

Entre pour douleurs pelviennes.

Intervention le 22 janvier 1927.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Double annexité supprimée du volume d'un poing à gauche et d'un œuf à droite. Les deux lésions sont recouvertes par un voile épiploïque au-dessous duquel elles adhèrent au colon pelvien.

Libération des adhérences. Après évacuation par aspiration de la collection gauche (100 à 150 grammes de pus verdâtre), on peut explorer dans un but de conservation les annexes droites qui sont décollées du fond du pelvis.

Ablation en sous-séreuse de la trompe droite du diamètre d'un gros pouce et d'une longueur de 15 à 18 centimètres à contenu purulent. L'ovaire droit présente une dégénérescence inflammatoire kystique : on en résèque les deux tiers périphériques, siège des kystes, et on en conserve le fragment central semi-lunaire.

Ablation des annexes gauches en totalité avec conservation du ligament rond ce qui permet de reconstituer partiellement le ligament large.

Assèchement et fermeture sans drainage.

Suites opératoires excellentes.

La malade part guérie le 12 février 1927.

OBSERVATION X

Mme Can..., 22 ans.

Vient pour douleurs pelviennes.

Intervention le 5 mars 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double pyosal-

pinx basculé derrière l'utérus surtout à droite où la trompe descend jusqu'au fond du Douglas, de volume double de la trompe gauche et d'une capacité d'environ 75 cc.

Salpingectomie rétrograde sous-séreuse à droite tout à fait schématique. La vascularisation de l'ovaire est conservée et la péritonisation très régulière.

A gauche ablation en bloc des annexes avec conservation du ligament rond.

Suites excellentes.

La malade sort le 25 mars 1927. Ses règles sont venues le deuxième jour de l'opération, en avance de deux jours. Elles ont duré trois jours au lieu de huit comme d'habitude.

Le 14 mai 1927. — La malade se plaignant de son côté droit vient se montrer. On sent à droite l'ovaire du volume d'une grosse noix situé un peu bas dans l'excavation, non douloureux. Traitement médical.

Le 18 février 1928. — Mêmes signes. Traitement médical par compresses chaudes et lavements chauds.

Le 6 septembre 1928. — La malade souffre toujours. On va essayer la diathermie.

Depuis amélioration progressive, la malade n'est pas revenue, la lésion ovarienné est en forte régression.

OBSERVATION XI

Mme Dum..., 26 ans.

Entre pour masse annexielle.

Intervention le 16 mars 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout le pelvis est intimement bloqué par les adhérences entre le fond utérin et les annexes d'une part, l'épiploon, l'S iliaque et de nombreuses anses grêles d'autre part. Le fond utérin est assez facilement dégagé, par contre on a de très grosses difficul-

tés au niveau des annexes droites. Devant les risques de traumatiser l'intestin on pratique une *salpingectomie rétrograde* qui, de suite, simplifie beaucoup. Section d'adhérence, serrées très épaisses.

Au cours de ces manœuvres le pyo-salpinx éclate et on se rend compte qu'il est constitué par une coque très épaisse. Ablation des annexes droites.

A gauche, il existe une salpingite très marquée, avec adhérences bien moindres. Toute opération ménageant la fécondation est impossible. *Salpingectomie rétrograde sous-séreuse*.

Finalement on conserve l'utérus avec ses deux ligaments ronds et un petit fragment de coque ovarienne gauche bien irrigué, pour ménager la menstruation.

6 avril 1927. — Suites satisfaisantes. La malade part guérie.

OBSERVATION XII

Mme Comb..., 18 ans.

Entre pour douleurs abdominales violentes. Il y a deux ans, salpingite traitée médicalement.

Intervention le 22 mars 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Très gros pyosalpinx gauche remontant très au dessus du fond utérin.

A droite pyosalpinx plus petit.

Salpingectomie rétrograde sous-séreuse, droite, avec conservation tout-à-fait satisfaisante de l'ovaire. A gauche les lésions qui sont très adhérentes et recouvertes par l'épiploon sont d'un abord difficile. On enlève en bloc la trompe et l'ovaire complètement solidarisés par une *salpingectomie rétrograde* qui permet une ablation rapide et relativement facile ; un peu de pus s'est écoulé dans le pelvis, évacué par aspiration. Fermeture sans drainage.

Sort le 11 avril 1927. — Suites simples.

OBSERVATION XIII

Mme Fau..., 21 ans.

Entre pour douleurs pelviennes.

Intervention le 23 septembre 1927.

Médiane sous-ombilicale. Le pelvis présente de très nombreuses adhérences et exsudats entourant l'utérus flanqué de chaque côté par une double salpingite suppurée plongeant vers le cul-de-sac postérieur. A gauche : il existe en outre un petit foyer de péritonite enkystée, séreuse, descendant jusqu'au fond du Douglas. La conservation des trompes est impossible. On conserve la fonction utéro-ovarienne en laissant l'utérus en place, en pratiquant une *salpingectomie rétrograde sous-séreuse*, et en conservant le tiers du tissu ovarien correspondant à sa cupule péritonéale.

A droite : ablation des annexes.

Le 13 octobre 1927. — Suites excellentes. La malade part guérie.

Le 24 novembre 1927. — La malade revient pour quelques douleurs abdominales, mais surtout par appréhension.

Au toucher : Utérus mobile, non douloureux ; les culs-de-sac sont souples, le gauche est un peu plus résistant.

OBSERVATION XIV.

Mme Als..., 23 ans.

Entre pour annexite gauche.

Intervention le 2 octobre 1927.

Laparotomie médiane sous ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine on constate de nombreuses granulations bacillaires, avec une légère ascite. Il existe d'autre part deux abcès froids tubaires volumineux. *Salpingectomie et ovariectomie gauches en rétrograde sous-séreuse.*

A droite *salpingectomie rétrograde sous séreuse* en conservant l'ovaire.

A noter que les deux portions interstitielles tubaires ont été largement réséquées et le mesosalpinx reconstitué. Fermeture 3 plans.

Le 22 Octobre 1927. La malade quitte le service, guérie. revue depuis : menstruation normale.

OBSERVATION XV

Mme Terr..., 22 ans.

Entre pour kyste de l'ovaire.

Intervention le 28 octobre 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le kyste ovarique apparaît tout de suite dans la région pelvienne au niveau de laquelle il est fixé. On pense à première vue qu'il s'agit d'un enclavement mais on constate en réalité qu'il s'agit d'adhérences de pelvi-péritonite.

A gauche, en effet, pyosalpinx sinueux du volume du pouce. La trompe blanchâtre à contenu purulent est complètement fermée à son orifice abdominal ; l'ovaire présente également de ce côté un petit kyste.

Ablation du kyste et des annexes droites.

A gauche, dans le but de conserver la menstruation : *salpingectomie rétrograde sous-séreuse*. On enlève ensuite le petit kyste ovarique gauche et on reconstitue un moignon ovarien satisfaisant.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

La malade quitte le service le 17 novembre. Guérie.

OBSERVATION XVI

Mme Auv..., 22 ans.

Entre pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Intervention le 7 Février 1928.

Pfannenstiel. On enlève un tout petit kyste de l'ouraque. Rétroversion complète très adhérente fixée par un double pyosalpinx occupant les culs-de-sac latéraux et le Douglas, le pyosalpinx gauche descendant plus bas.

Ablation des annexes droites avec conservation du ligament rond.

A gauche, comme il s'agit d'une femme de 22 ans, on pratique une *salpingectomie rétrograde* partiellement sous-séreuse. L'ovaire kystique est abscédé en certains points : on le résèque dans sa plus grande partie. On conserve cependant une mince coque de tissu ovarien, aux dépens de la partie la plus basse de l'ovaire.

Au cours de l'ablation des annexes gauches la coque, du pyosalpinx s'est rompue ; on termine néanmoins sans drainage après attouchement à l'éther et aspiration. L'utérus a été maintenu au-dessus du détroit supérieur par la ligature du ligament large, des pédicules tubo-ovariens.

Suites opératoires : assez simples. La malade part guérie le 3 mars 1928.

OBSERVATION XVII

Mme Bat..., 34 ans.

Entre pour douleurs abdominales et lombaires.

Intervention le 28 février 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un hydro-salpinx gauche du volume d'une mandarine. *Salpingectomie rétrograde sous-séreuse* avec conservation ovarienne.

Du côté droit simple prolapsus, correction du prolapsus ovarien, par raccourcissement du ligament rond droit et par un point reliant le méso tubaire au ligament rond.

Suites opératoires : infarctus pulmonaire les jours suivants.

Le 7 avril 1928 la malade part, guérie.

OBSERVATION XVIII

Mme Jac..., 28 ans.

Entre pour tumeur abdominale.

Intervention le 15 mai 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un volumineux hydro-salpinx gauche très mobile. L'ovaire, complètement indépendant est anormalement développé.

Par contre à droite, il n'existe qu'une trompe nodulaire, réduite à un cordon cicatriciel, et l'on ne trouve pas d'ovaire, sauf, peut-être, un nodule blanchâtre de la grosseur d'un petit pois.

L'extrémité de la trompe, fermée, est solidement adhérente à une bride épiploïque que l'on doit couper. Ablation *en rétrograde de l'hydro-salpinx* gauche ; résection de l'ovaire comprenant environ les 8/10 de la glande. Ablation de la trompe droite.

Suites opératoires : normales. La malade part guérie le 13 avril 1928.

II

SALPINGECTOMIES RÉTROGRADES SANS CONSERVATION OVARIENNE POUR GROSSES ANNEXITES ADHÉRENTES

OBSERVATION XIX

Mme Vez..., 23 ans.

Crises douloureuses abdominales.

Intervention le 20 août 1926.

Pfannenstiël. Adhérences de l'épiploon et du colon sigmoïde que l'on libère.

Double salpingo-ovarite postérieure, collée dans les gouttières du Douglas avec poche de pelvi péritonite. Après libération ablation en totalité de l'annexe gauche qui est la plus malade.

Salpingectomie rétrograde sous-séreuse droite.

L'utérus est petit et peut être conservé.

Fermeture 5 plans.

Suites normales : La malade quitte le service guérie, quinze jours après son intervention.

Revue plusieurs mois après l'intervention : excellent état général et local.

OBSERVATION XX

Mme Roll..., 25 ans.

Entre pour fausse-couche probable.

Intervention le 1^{er} avril 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un volumineux pyosalpinx gauche ayant refoulé à droite l'utérus, occupant la moitié gauche du petit bassin et recouvert par des adhérences coliques ayant réalisé une véritable péritonisation haute. Après décollement on vérifie les annexes droites qui sont prolabées dans le Douglas, fixées au péritoine par des adhérences molles, facilement libérables ; la trompe, bien que fortement vascularisée et augmentée de volume présente un pavillon perméable. Les annexes droites sont laissées en place.

A gauche, ablation *en rétrograde des annexes*, assez facilement. Néanmoins au moment de la libération de la partie tubaire plongeant dans le Douglas, il y a ouverture d'une collection suppurée qui inonde le pelvis mais qui est immédiatement aspirée après assèchement soigneux et reconstitution du ligament large gauche, fermeture sans drainag.

Suites opératoires simples.

La malade quitte le service le 30 avril 1927.

OBSERVATION XXI

Mme Bas..., 39 ans.

Entre pour douleurs pelviennes.

Intervention le 8 juillet 1927.

Médiane sous-ombilicale. Le pelvis est bloqué par des adhérences d'où émerge le fond utérin. Adhérences nombreuses et, en certains points granulations douteuses pouvant faire penser à de la tuberculose. Le Douglas est en symphyse complète laissant libre, au dessus de lui, et à gauche, les annexes qui sont saines.

A droite : pyosalpinx. La portion isthmique de la trompe est seule visible, le reste du conduit et l'ovaire descendent dans le bassin où ils sont recouverts par des adhérences.

Salpingectomie et ovariectomie rétrogrades en bloc.

Le pyosalpinx se rompt au moment où, complètement libéré, il va être extirpé. Assèchement. Reconstitution du ligament large droit en utilisant le ligament rond conservé. Fermeture sans drainage.

Le 6 août 1927. — Suites bonnes. Départ de la malade.

OBSERVATION XXII

Mme Mej..., 30 ans.

Entre pour rétroversion.

Le 28 septembre 1927 : intervention.

Pfannenstiël. Il s'agit d'une double annexite et les lésions du côté gauche sont de beaucoup les plus importantes.

Ablation en rétrograde sous-séreuse de la trompe et de l'ovaire gauche qui sont kystiques.

A droite, conservation de la trompe demeurée perméable malgré les lésions très accentuées.

Ligamentopexie. Fermeture trois points en fixant à l'aponévrose les ligaments ronds.

Le 22 octobre 1927 la malade quitte le service. guérie.

OBSERVATION XXIII

Mme Cha..., 22 ans.

Entre pour salpingite.

Intervention le 7 octobre 1927.

Médiane sous-ombilicale. Le fond utérin est repoussé en avant, en quelque sorte, luxé au-dessus du détroit supérieur. En arrière de lui, le pelvis est occupé par les deux trompes très rouges, d'aspect inflammatoire aigu, distendues, sinueuses, du volume d'un très gros pouce plus grosse à droite et plongeant dans le fond des culs-de-sac latéraux.

Entre les deux trompes, plongeant dans le Douglas se trouve la convexité de l'anse sigmoïde et une anse grêle agglutinée par des adhérences relativement récentes et gélatineuses.

On commence à dégager l'anse sigmoïde. Au cours de la libération, ouverture d'une collection suppurée du fond du Douglas, qui est immédiatement aspirée. On libère ensuite l'anse grêle.

La trompe droite constitue un volumineux pyosalpinx paraissant complètement fermé ; par contre la gauche montre un pavillon assez largement ouvert avec des franges d'aspect normal malgré leur œdème. Ablation des annexes *droites en rétrograde sous-séreuse*.

A gauche : assèchement tubaire par aspiration intra-tubaire. Conservation complète de ce côté. Fermeture sans drainage après aspiration et attouchement à l'éther.

Suites opératoires : parfaite. La malade sort en excellent état général et local.

OBSERVATION XXIV

Mme Bar..., 29 ans.

Entre pour douleurs pelviennes gauches.

Intervention le 19 novembre 1927.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout le côté gauche du pelvis est occupé par une grosse masse annexielle du volume d'une orange, partiellement recouverte par l'anse sigmoïde adhérente.

A droite, les annexes sont saines et le Douglas est libre de ce côté.

Ablation des annexes gauches *en rétrograde sous-séreuse*. Issue de pus au cours de l'extraction. Assèchement par aspiration. Ecouvillonnage à l'éther. La cavité laissée libre à gauche est oblitérée avec le corps utérin et quelques points de suture fixant l'anse sigmoïde au corps de l'utérus. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales. La malade part le 14 décembre guérie.

OBSERVATION XXV

Mme Lam..., 36 ans.

Entre pour douleurs dans la fosse iliaque droite. *Intervention le 7 janvier 1928.*

Laparatomie latérale droite circonscrivant une ancienne cicatrice de « phlegmon de la paroi ». Incision prolongée dans la région sus pubienne. Libération d'adhérences pariétales antérieures du cœcum. Celui-ci apparaît soulevé par la masse inflammatoire perçue cliniquement. Libération prudente au cours de laquelle on libère deux petites adhérences d'apparence diverticulaires, l'une présente une lumière à la section. Il semble qu'on doit les interpréter comme deux

diverticules réalisés par traction sur les franges épiploïques. Section et enfouissement.

On reconnaît alors que la masse inflammatoire est constituée par un pyosalpinx en situation haute typique, plaqué dans la fosse iliaque, en arrière du cœcum soulevé et adhérent à la paroi.

Traction et extériorisation du fond utérin ; *salpingectomie rétrograde sous-séreuse* facile alors qu'un autre procédé aurait été très laborieux. Les annexes gauches présentent une salpingite résiduable sans distension et adhérentes. On les laisse en place. Fermeture sans drainage.

Suites excellentes.

III

SALPINGECTOMIES RÉTROGRADES SOUS-SÉREUSES DANS LES GROSSESSES TUBAIRES

OBSERVATION XXVI

Mme Don..., 33 ans.

Entre pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Intervention le 8 juin 1926.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le fond utérin est recouvert par une adhérence du grêle qui a attiré le péritoine vésical. Cette adhérence présente des exsudats jaunâtres qui en imposent à première vue pour une lésion inflammatoire. Après libération du grêle, on voit émerger la trompe très distendue avec une coloration violacée. Il s'agit d'une grossesse tubaire droite.

Salpingectomie rétrograde sous-séreuse avec décollement sous séreux assez facile. Conservation de l'ovaire et du ligament rond.

Grosse cavité pelvienne laissée libre par l'ablation de la trompe et tapissée de caillots ocres.

Les annexes gauches sont saines.

Après aspiration et assèchement, fermeture sans drainage. Suites opératoires : très bonnes. Le malade quitte le service parfaitement guérie.

OBSERVATION XXVII

Mme Cha..., 36 ans.

Entre pour douleurs abdominales. syncopales.

Intervention le 16 juin 1926.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On constate de suite l'existence à une grosse poche hématique régulière limitée à sa partie supérieure, c'est-à-dire à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse par une adhérence épiploïque hermétique. Le reste de la poche est constitué par une paroi artificielle de fibrine de coloration chocolat.

Ouverture et évacuation par aspiration ; il existe deux cavités principales : une, antérieure coiffant l'utérus et une postérieure dans le Douglas.

La grossesse tubaire siège dans la trompe droite ; les annexes gauches sont saines.

Ablation de la trompe gravide en rétrograde sous-séreuse. Assèchement par aspiration. On complète l'ablation des annexes droites : le reste comprend l'ovaire et le pavillon.

Suites opératoires : bonnes. Petit hématome de la paroi. La malade part guérie le 5 juillet 1926.

OBSERVATION XXVIII

Mme Pap..., 30 ans.

Entre pour phénomènes douloureux pelviens.

Intervention le 1^{er} Avril 1927.

Ponction exploratrice du Douglas qui retire du sang. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang liquide dans le ventre en petite quantité. L'utérus est refoulé en avant et à gauche par une trompe gravide sinueuse du volume d'un gros poing n'ayant encore donné qu'un petit foyer d'hématocèle. Ablation *en rétrograde sous-séreuse*, qu'on ne peut faire sans rompre la poche.

Annexes gauches saines. Fermeture sans drainage.

Le 23 avril 1927. Départ de la malade. Guérison.

OBSERVATION XXIX

Mme Dre..., 28 ans.

Entre pour douleurs abdominales et métrorragies.

Intervention le 11 avril 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine on constate qu'il s'agit bien d'une grossesse tubaire ; il y a du sang noir dans le ventre. Le colon sigmoïde recouvre les annexes gauches. Libération facile.

Grossesse tubaire gauche siégeant au niveau de la portion ampullaire rompue. Castration gauche.

A droite : les annexes sont adhérentes dans la gouttière latérale du Douglas. Après leur libération on constate que la trompe accolée sur l'ovaire a son pavillon fermé. Etant donné qu'il s'agit d'une grossesse tubaire avec danger d'infection et d'autre part que la malade a déjà deux enfants, on pratique une salpingectomie en rétrograde sous-séreuse. Conservation de l'utérus et d'un gros ovaire droit.

Suites opératoires très bonnes.

La malade part guérie, le 3 mai 1928.

OBSERVATION XXX

Mme Niqu..., 36 ans.

Entre pour annexite.

Intervention le 18 avril 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est refoulé en avant par un épanchement de caillots occupant tout le cul-de-sac postérieur consécutif à la fissuration d'une grossesse tubaire droite.

Annexes gauches saines.

Ablation des annexes *droites en rétrograde sous-séreuse*, avec conservation du ligament rond.

Assèchement péritonéal. Fermeture.

Suites opératoires absolument normales.

La malade quitte le service, guérie, le 6 mai 1928.

Conclusions

I. — La salpingectomie rétrograde sous-séreuse est basée sur des données anatomiques précises concernant le péritoine péri-tubaire et l'arcade tubo-ovarienne dont dépend l'irrigation de l'ovaire.

II. — Elle consiste essentiellement dans la libération progressive et rétrograde de la trompe après incisions latérales des feuilletts péritonéaux antérieur et postérieur du ligament large au-dessous de la trompe de façon à conserver indemne le tissu cellulaire et par suite l'arcade tubo-ovarique. Nous en donnons la technique opératoire précise.

III. — En chirurgie conservatrice annexielle ses avantages essentiels sont les suivants :

1° L'ovaire peut être conservé dans une situation anatomique normale avec son irrigation complète.

2° Le ligament large peut être reconstitué d'une façon parfaite, ce qui permet l'enfouissement des moignons de ligature et ne compromet nullement la statique utérine.

IV. — Après l'analyse de trente observations de salpingectomie rétrograde sous-séreuse colligées à la Clinique Gynécologique de Lyon, nous dégageons les indications suivantes concernant ce procédé opératoire :

1° Indication formelle, chaque fois qu'une trompe doit être enlevée et que l'on désire conserver totalement ou partiellement l'ovaire.

2° Indication relatives dans les cas de grosse annexite adhérente et plongeant dans le pelvis ; la salpingectomie rétrograde sous-séreuse permettant alors une libération plus facile et moins dangereuse des lésions annexielles.

3° Dans les grossesses tubaires, en cas de trompe fissurée, lorsqu'une inondation péritonéale n'est pas là pour impliquer un acte opératoire plus rapide, la salpingectomie rétrograde sous-séreuse pourra permettre également une ablation tubaire plus correcte et parfois aussi une conservation ovarienne.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Novembre 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
EHRHARD.

Bibliographie

- BLAGNY. — De la salpingectomie avec ovariectomie partielle. (*Th. Paris*, 1899).
- W. BLAIR BELL. — Méthodes chirurgicales adoptées pour obtenir les bénéfices de la sécrétion interne de l'ovaire. (*The Lancet* 1920, tome CXIX).
- DENAVE. — Contribution à l'étude de la salpingectomie. (*Th. Lyon*, 1912-1913).
- DEVOUASSOUX. — De la conservation de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double. (*Th. Paris*, 1903-1904).
- GOUDART D'ALLAIRES. — Hystérectomie fundique. (*Th. Paris*, 1922).
- GRAVES — *Surg. gyn. and obst.* sept. 1917.
- A. HARTMANN. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Gyn. et obstétrique*, 1925).
- R. LABRY. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales. (*Th. Lyon*, 1926).
- DOLÉRIS. — De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. (*Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris* 1907).
- CHEVAL, ROUFFART. — L'ovaire laissé in situ après hystérectomie : (*Société belge Gyn. et Obst.* 1921).
- E. VILLARD et R. LABRY. — La chirurgie conservatrice des annexites : deux nouveaux procédés opératoires. (*Société de chirurgie de Lyon*, juin 1926). (*Congrès de chirurgie* (35^e congrès), octobre 1926).
- R. LABRY et MONTEL. — Chirurgie conservatrice dans la grossesse tubaire. (*Lyon Médical* 1927).
- E. VILLARD et LABRY. — Congrès de gynécologie. (*Lyon* 1927).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Introduction	11
Rappel anatomique et anatomo-pathologique.....	13
Technique opératoire de la salpingectomie rétro- grade sous-séreuse.....	19
Indications de la salpingectomie rétrograde sous- séreuse	23
Observations.....	27
I. — Salpingectomies rétrogrades sous-sé- reuses avec conservation ovarienne ...	28
II. — Salpingectomies rétrogrades sous- séreuses sans conservation ovarienne pour grosses annexites adhérentes....	40
III. — Salpingectomies rétrogrades sous- séreuses dans les grossesses tubaires ..	45
Conclusions	49
Bibliographie	51
